Ueber die manuelle Lösung der Placenta.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 30. Juni 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Alexander A. Cirkler

prakt. Arzt

aus Minneapolis Minn. (Verein. Staaten von Nord-Amerika).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Erich Matern, prakt. Arzt.
- Dr. med. Wilhelm Wiessler, prakt. Arzt.
- Dr. med. Ernst Otto Wittcke.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535713_0235

Die vorliegende Arbeit soll den praktischen Werth der manuellen Lösung der Placenta darthun. Das Thema ist zwar schon vielfach besprochen, jedoch noch nicht endgültig gelöst worden und wünschte ich wohl, dass meine Arbeit als ein kleiner Beitrag in dieser Richtung freundlich aufgenommen werden möchte. Zuerst will ich die Entwicklung dieses Verfahrens bis zur Gegenwart beschreiben und dann unter Berücksichtigung der Fälle von manueller Lösung der Placenta — im Ganzen 158 —, die in der Poliklinik der Königlichen Charité in Berlin innerhalb eines Decenniums vorgekommen sind, will ich statistische Zusammenstellungen über die Ursachen, die zu der Operation führten, über die Häufigkeit derselben bei Primiparen und Multiparen, über die Erfolge der Operation und andere Ergebnisse anführen, soweit mir dies aus den poliklinischen Berichten möglich ist.

Im Folgenden werde ich zuerst die Fälle, die unter Fieber heilten, dann die, die mit dem Tode endeten, und zuletzt die, die sonst von Interesse sein könnten, genauer beschreiben.

Werfen wir zuerst einen Blick auf die geschichtlichen Darstellungen, die sich auf Placentarretention, deren Folgen und Therapie beziehen. Eigenthümlich ist es, dass bei der Lehre von den Indicationen zur manuellen Lösung der retinirten Placenta sich verschiedene fehlerhafte Anschauungen finden.

Aristoteles soll der erste gewesen sein, welcher die Verbindung des Kuchens mit der Uterinwand beschrieb und die doppelte Ligatur des Nabelstranges empfahl.

Die Einführung der ganzen Hand wird von Hippokrates nur bei Frühgeburten, nach fruchtloser Anwendung anderer Mittel, gestattet. Dagegen geben Celsus, von Ephesus, von Amida im Allgemeinen den Rath, die ganze Hand einzuführen und die Placenta zu entfernen, sobald die andern Mittel nicht bald zum Ziele führen. Nur Moschion erklärt sich gegen das manuelle Verfahren, sobald der Muttermund geschlossen ist. Philumenos warnt schon vor gewaltsamen Versuchen, durch Anziehen des Nabelstranges und der Placenta die Lösung zu erzwingen. Dies ist im Wesentlichen alles, was bis zum Anfange des 16. Jahrhunderts über diesen Gegenstand geschrieben wurde. Von Anfang des 16. bis Anfang des 18. Jahrhunderts stossen wir auf Eucharius Rösslin bis Mauriceau und Deventer. Die Louise Burgeois fürchtete besonders die Hämorrhagien und erzählt Beispiele von Frauen, welche in Folge von Hämorrhagien starben. In den Fällen, in welchen man durch das Anziehen des Nabelstranges nicht zum Ziel kam, führte man sogleich die ganze Hand in die Gebärmutterhöhle, um den Mutterkuchen zu lösen, es mochte dazu eine Veranlassung vorliegen oder nicht. Mauriceau trat hiergegen auf, indem er als Contraindication der manuellen Lösung die Entzündung der Gebärmutter anführte, nur wenige Autoren erklärten sich gegen solche Grundsätze. Ebenso tadelt Guillemain das unvorsichtige Herausholen der Nachgeburt und sah nach gewaltsamer Lösung Rupturen des Uterus. Charles de St. Germain giebt zuerst den guten Rath, die Kräfte der Kreissenden zu schonen, sie einige Zeit nach der Geburt des Kindes ruhen zu lassen und bei Entfernung der Placenta, also

bei Einführung der Hand sanft zu verfahren. Gelinge die Ablösung nicht leicht, so könne man sich auf die Kräfte der Natur verlassen. Nach Deventer soll man die Nabelschnur als Leitfaden gebrauchen und sich an der Placenta die gelöste Stelle aufsuchen, um von hier aus die vollständige Abtrennung vorzunehmen.

Es kam der grosse und leider oft unfruchtbare Streit zwischen den Anhängern des activen und passiven Verfahrens im 18. Jahrhundert zum Ausbruch. Einige Geburtshelfer und zwar alle älteren, von Hippokrates an bis zu der Zeit, wo die Geburtshülfe eine wissenschaftliche Bearbeitung erfuhr, und unter den späteren besonders Mauriceau (1668), Deventer (1694) und C. M. Weber (1768) reden in diesen Fällen der eilig-activen Methode das Wort, indem sie unter allen Umständen zur schleunigen, selbst gewaltsamen Entfernung der Placenta rathen. Opposition gegen dies eilig-active Verfahren führten Ruysch (1725), Aepli (1776), Weissenborn (1797). Froriep, C. Mayer und Andere stützten sich besonders auf die in vielen Fällen bereits eingetretene Verengerung des Muttermundes, welche das nöthige Einbringen der Hand in die Gebärmutterhöhle zu einem um so gefährlicheren Eingriff machen, je weitere Fortschritte das untere Uterussegment bereits in seiner Involution gemacht hat, sowie auch diese Gegner des activen Verfahrens statistisch die Vortrefflichkeit ihrer Methode gegenüber dem activen Verhalten zu erweisen suchten.

Die Anhänger eines extremen activen Verfahrens gaben die Vorschrift, vor oder gleich nach der Abnabelung des Kindes sich durch Zug am Nabelstrang von der Lösung oder Nichtlösung des Kuchens zu überzeugen, und, sobald man nicht sogleich mit jenem ausreiche, die Hand einzuführen. Viele huldigten diesem Verfahren. Einige gingen sogar so weit, dass sie gleich nach der

Geburt des Kindes, ohne sich um den Nabelstrang zu bekümmern, die Hand einführten. Aber es gab auch viele Anhänger eines unbedingt passiven Verfahrens. Zwischen den Verfechtern eines unbedingt activen und unbedingt passiven Verfahrens steht eine Anzahl Geburtshelfer in der Mitte, welche weder die Nachgeburtsperiode zu rasch abkürzen, noch auch der Natur die vollständige Ausstossung überlassen wollten. Sie nahmen die manuelle Lösung der Placenta nur dann vor, wenn bestimmte Anzeichen zu ihrer Entfernung vorhanden waren. Doch gab es in dieser Epoche auch Autoren, die einen bestimmten Zeitpunkt annahmen, bis zu welchem man das Nachgeburtsgeschäft ohne Gefahr der Natur überlassen kann. Ould eifert gegen das frühzeitige Einführen der Hand und erklärt die Furcht vor rascher Verschliessung des Muttermundes für grundlos; ebenso Mauro, welcher die Contraction des Muttermundes abgewartet wissen will. Pugh will 10 Minuten gewartet haben, ehe er die manuelle Lösung erlaubt. Alberti nimmt mehrere Indicationen an: Blutungen, Krämpfe mit Entzündungen der Gebärmutter (die schnelles Eingreifen erfordern), bei heftiger Entzündung und Schmerz dagegen wartet er. Levret und Baudelocque haben während dieser Epoche den natürlichen Hergang der Nachgeburtsperiode am bestimmtesten beschrieben und hierdurch ihr practisches Handeln formulirt. Beide sprechen sich entschieden dahin aus, nicht eher eine Hülfeleistung vorzunehmen, als bis durch unzweideutige Zeichen, wie Contraction des Uterus, Blutabgang etc. die beginnende Lösung nachgewiesen ist. Nach Levret ist bei Adhärenzen und Stricturen die Einführung der Hand nach einiger Zeit zur Lösung nothwendig.

Mit dem Anfange des 19. Jahrhunderts beginnt die Lehre, dass nur da, wo es unmöglich ist, die Ursache

der Retention zu beseitigen oder wo besonders dringende Zufälle die sofortige Entleerung der Uterushöhle verlangen, oder wo ein zu langer Zeitraum seit der Geburt des Kindes verstrichen ist, die manuelle Hülfeleistung gestattet ist. Wigand gestattet dieselbe nur bei ungewöhnlicher Weichheit der Placenta. Grosse und unvermeidliche Verletzungen waren es, welche von der gewaltsamen Lösung der Placenta zurückschreckten. Man entschloss sich, lieber die Placenta zurückzulassen, ohne sich über die Gefahr zu täuschen, welche von der dauernden Verhaltung der Placenta zu erwarten seien. Diesen Rath gaben schon im vorigen Jahrhundert Smellie und Baudelocque, in diesem Wigand, Schmidt, Jörg, Klugl, Busch, Nägeli, überhaupt die meisten unserer neuesten Coryphäen des Faches. Elias von Siebold stellt vier Indicationen für die manuelle Extraction auf:

1. Vollkommene Adhäsion an dem Muttermund,
2. Inversion und unvollkommener Vorfall des Uterus,
3. Incarceration und innere Blutung, wenn diese nicht durch andere Mittel beseitigt werden können,
4. Atonie und Blutung unter derselben Bedingung.

Froriep handelt nach folgenden Anzeichen: Placenta praevia, Unmöglichkeit der Reposition bei Inversion ohne vorgängige Wegnahme, Fortdauer der Blutung trotz aller angewandten Mittel. C. Mayer nimmt die Extraction der Placenta nur dann vor, wenn Lebensgefahr eintritt, und lässt sich nicht von der Zeit und der Dauer, sondern nur von der Dringlichkeit jener zu der Operation bestimmen. Scanzoni kennt bei gefährlichen Zufällen nur eine Contraindication gegen die manuelle Lösung der Placenta, nämlich hochgradigste Erschöpfung. Sind nach der Ausstossung des Kindes 5—6 Stunden verstrichen, so operire man, sobald bei vorhandener Atonie andere Mittel fruchtlos bleiben. Sind jedoch

Constrictionen vorhanden, so beseitige man sie durch geeignete Mittel und operire erst nach Beseitigung des Krampfes oder bei Eintritt einer stärkeren Blutung. Alle genannten Autoren sind darüber einig, dass bei dem Eintritt ungünstiger Zufälle die Extraction der Placenta sogleich vorgenommen werden müsse.

Blumhardt zählt nach den Berichten der würtembergischen Aerzte in einem Jahre unter 56419 Geburten 600 Nachgeburtsverzögerungen, von welchen 568 durch manuelle Lösung beseitigt wurden, 32 der Natur überlassen blieben. Von den ersteren starben 62 (1 : 9), von den letzteren 29 (10 : 11).

Riecke fand unter 219356 Geburten (4 Jahre) 1500 Fälle künstlicher Lösung. Von diesen starben 140 (1 : 11).

Ulsamer stellt 9839 Geburten zusammen, darunter 70 Nachgeburtsverzögerungen. Bei 53, bei welchen die künstliche Lösung stattfand, kamen 4 Todesfälle vor. Bei 13 unterblieb die Operation, wurden jedoch passende Mittel angewendet. Keine einzige starb. Vier wurden ganz der Natur überlassen, darunter 2 Todesfälle.

Frings stellt diese drei Berichte zusammen. Unter 285611 Geburten kamen 2170 Nachgeburtsstörungen vor (1 : 131); 2121 wurden activ behandelt mit 206 Todesfällen, 1 : 10; 36 der Natur überlassen mit 31 Todesfällen. Die Todesfälle nach manueller Extraction verhalten sich also wie 1 : 9, 1 : 11, 1 : 13 und 1 : 10. Nach Hegar ist die Mortalität an Puerperalfieber bei der manuellen Extraction des Kindes 0,7 %, bei der Zangenoperation 2,2 %, bei der Wendung 5,3 %, bei der Placentarlösung sogar 7 %, d. h. von 14 Operirten stirbt eine. Kilian's Statistik: 285611 Geburten, 2170 Störungen in der Nachgeburtszeit. 2121 wurden nach der activen Methode behandelt, 206 von denselben starben,

also 9,2 % oder 1 : 10,3. Von den 49 restirenden, die nach der passiven Methode behandelt wurden, starben 31 = 63 % oder 1:1,6. Gewiss wären unter strengster Antiseptik diese Zahlen wesentlich günstiger ausgefallen.

Hegar stellt die Indicationen und Contraindicationen der manuellen Lösung des Mutterkuchens folgendermaassen zusammen. Als Indication für die Lösung führt er

I. Das Auftreten gefährlicher Complicationen, insbesondere Blutung, an, die durch die Gegenwart der Placenta in der Uterushöhle gefördert und unterhalten wird. Sobald diese Zufälle nicht sehr rasch der Anwendung geeigneter Mittel, welche gegen die begleitenden Functionsstörungen der Gebärmutter gerichtet sind, weichen, hält er die manuelle Lösung indicirt.

II. Führt er das Vorhandensein gewisser Abnormitäten der Placenta an, welche entweder eine ungewöhnlich flache oder weiche Beschaffenheit, die die Einwirkung der natürlichen oder durch Mittel hervorgerufenen Contractionen des Uterus nicht zur Geltung kommen lässt, hat.

III. Atonische Zustände, sobald man längere Zeit hindurch die Anwendung der schwächeren und stärkeren contractionsbefördernden Mittel versucht hat, durch die zwar Zusammenziehungen bewirkt werden, die jedoch zu schwach sind, um die vollständige Lösung zu bewirken.

IV. Bei Adhärenz und unregelmässigen Contractionen, sobald man aus der Zeitdauer und aus den Resultaten der Untersuchung schliessen muss, dass die natürliche Rückbildung des Cervix beginnt.

Contraindicirt ist die Manualhülfe: I. Bei vollkommen atonischem Zustand des Uterus und gleichzeitig ausgedehnter Adhärenz.

II. Bei bedeutender Verengerung des Cervix durch den natürlichen Rückbildungsprocess oder durch unzureichende Ausdehnung desselben während der Austreibung der Frucht.

III. Bei enormer Erschöpfung der Kreissenden, so dass der Tod während oder durch den Operationsact zu befürchten steht.

IV. Bei bedeutendem Grad von Entzündung des Uterus und seiner Nachbarorgane.

Die drei letzten Contraindicationen kommen nur dann zur Geltung, wenn die Operation eine schwierige ist, so dass sie nur durch Eindringen mit der ganzen Hand in die Uterushöhle ausgeführt werden kann. Manchmal sind aber nur 2 Finger nöthig. Viele Geburtshelfer haben auch eine nur durch die practischen Verhältnisse bedingte Indication zur baldigen Entfernung der Placenta aufgestellt. Sie entfernen den Mutterkuchen 1—6 Stunden nach der Geburt. Es ist gewiss ein grosser Fehler, ohne alle Rücksicht auf die einzelnen Fälle eine so präcise, ein bestimmtes eingreifendes Verfahren involvirende Vorschrift aufzustellen, die ohne Rücksicht auf die so ausserordentlich verschiedenen Nebenverhältnisse ganz allgemein alle Fälle nach einer Schablone behandelt haben will. Bei festen Strictureu, bei bedeutender Atonie, bei umfänglichen Adhärenzen hält Hegar den operativen Eingriff nur dann für gerechtfertigt, wenn drohende Erscheinungen vorhanden sind und wenn man nach fruchtloser Anwendung der verschiedensten anderen Mittel erwarten muss, dass durch die natürliche Rückbildung des Cervix eine spätere Operation unmöglich wird.

Gehen wir jetzt zur Technik der manuellen Lösung der Placenta über: Entfernung des Mutterkuchens durch Einführung der ganzen Hand in die Uterushöhle. Was die Wahl der einzuführenden Hand betrifft, so

richtet sich diese mehr nach der Lage der Kreissenden und nach der grösseren oder geringeren Bequemlichkeit für den Operateur, als nach der Insertionsstelle des Kuchens. Liegt die Kreissende, wie gewöhnlich, auf dem Rücken im Bett, so wird man zweckmässig die Hand wählen, welche am bequemsten zwischen die Oberschenkel gelangt. Wenn die Placenta an der vorderen Wand inserirt, wird zuweilen die Operation durch die Seitenlage erleichtert. Die Einführung der Hand geschieht nach den gewöhnlichen Regeln. Der Nabelstrang dient als Wegweiser. Mit der anderen Hand wird ein geeigneter Gegendruck auf das Abdomen ausgeübt. Dann wird auch durch Verschiebung des Uterus nach einer oder der anderen Seite die Operation wesentlich erleichtert. Man muss bei Einführung der Hand womöglich vermeiden, dass sie sich in die Eihäute verwickelt. Besonders bei schwierigen Lösungen, wo die Hand ihr ganzes Gefühl haben muss, suche man, was freilich nicht stets gelingt, ausserhalb der Eihäute zu bleiben. Manchmal wird man noch in der Uterinhöhle die Eihäute durch einige drehende Bewegungen von der Hand abstreifen können. Hat man die Hand vollständig eingeführt, so suche man zuerst an eine gelöste Stelle des Kuchens zu gelangen, dann gleite man mit der flachen Hand zwischen die Verbindungsflächen und schiebe sie weiter vor, indem man mit dem Finger nach beiden Seiten kreisförmige Bewegungen macht, wie wenn man 2 Blätter nach Art eines Papiermessers trennen wollte. Dabei kann man, wenn es nothwendig sein sollte, die Finger etwas biegen, damit sie sich der Wand der Gebärmutter accommodiren. Die Spitzen der Finger müssen stets gegen das Placentarparenchym gerichtet sein, und alle Bewegungen sind behutsam und langsam vorzunehmen. Bei sehr schwierigen Lösungen ist ein zeitweiliger Zug

am Nabelstrang während der Loslösung der Placenta sehr gut angebracht, um den schon gelösten Theil etwas nach abwärts zu ziehen und für die operirende Hand dadurch freieren Spielraum zu erhalten. Nur muss dies vorsichtig geschehen, um die Hand gleich wieder auf das Abdomen zur weiteren Lösung zu bringen. Ein directer Zug dagegen ist durchaus zu verwerfen. Nach Barus soll man die Placenta stark reiben oder eine Bewegung machen, als wolle man sie, zwischen Daumen und Finger fassend, in die Höhe drängen.

Aber die Operation kann nicht nur durch die Beschaffenheit der Placenta und deren Insertionsstelle verzögert werden, sondern oft bietet auch der Allgemeinzustand der Kranken ein Hinderniss. Erstens sind hier die tonischen Contractionen des Uterus zu erwähnen, wobei es auf die Hülfe der aussen auf dem Abdomen ruhenden Hand ankommt. Man sucht mit dieser die Stelle der Strictur der eingeführten Hand entgegen zu drängen, gewissermaassen den Uterus über die Fingerspitzen zu schieben und nicht blos diese vorzuschieben. So erleichtert man sich nicht blos das Ueberwinden der Constriction, sondern schützt sich auch am besten vor Verletzungen und Abreissen des Uterus vom Scheidengewölbe. Wenn die Verengerung nicht bedeutend ist, kann man mit 3—4 Fingerspitzen gleich von vornherein eindringen, die Oeffnung ausdehnen und die Hand nachschieben. Oft entsteht eine stärkere krampfhafte Zusammenziehung in dem Moment, in welchem die Hand an die contrahirte Partie gelangt. Alsdann warte man ruhig die Zusammenziehung ab, ebenso wie dies bei den stärkeren Contractionen, welche zuweilen sich einstellen, sobald man die Hand schon in der Stricturhöhle hat, zu geschehen hat. Es gelingt fast immer, bei einem schonenden und nicht zu stürmischen Verfahren, auch

die stärksten Contractionen des Uterus zu überwinden und alsdann die Lösung nach den bekannten Regeln vorzunehmen. Von Nutzen dabei ist die Anwendung des Opiums, lauwarme Injectionen, die Chloroformirung bei nicht zu grosser Schwäche und Blutung. Von Bedeutung ist ferner das Fehlen der Nabelschnur. Es fehlt der Hand der Leitfaden, an welchem sie bequem an die Placenta gelangt. Man erkennt den Mutterkuchen leicht an seiner Weichheit, Unempfindlichkeit, an den Gefässramificationen der glatten Fötalfläche, an dem eigenthümlichen, rauhen, ungleichen Gefühl, welches die Uterinfläche darbietet. Hindernd wirkt die Festigkeit der Adhärenzen für die operirende Hand. Fibröse Stränge und Bänder lassen sich mit den Nägeln der Finger durchkneifen. Gelingt dies nicht, so zieht man sie aus dem Placentarparenchym heraus oder zieht dieses vielmehr davon ab und lässt sie an der Uterinwand zurück. Bei ausgedehnten, flächenartigen, sehr festen Verwachsungen befolgt man vortheilhaft ein ähnliches Verfahren. Man besteht nicht darauf, die Trennung genau an den Grenzen der Adhäsion vorzunehmen, sondern operirt lieber innerhalb des Placentarparenchyms, welches man nach und nach von der Verbindungsschichte losdrängt, indem man die Fingerspitzen stets nach der weichen Kuchenmasse gerichtet hält. Aber man darf sich auch nicht zu leicht dazu entschliessen, einen Rest der Placenta zurückzulassen, wenn dies nicht nothwendig ist.

Weitere Schwierigkeiten liegen in der Form und Ausdehnung der Adhärenz. Beides hindert die künstliche Lösung in verschiedener Art. Bei vollkommener Adhäsion des Kuchens gelingt es zuweilen nicht leicht, den Rand desselben zu erkennen, besonders, wenn dieser flach und dünn ausläuft. Der gewöhnliche Weg ist dann

der, die Trennung von dem oberen Rand aus vorzunehmen. Man soll die flache Hand auf die Mitte des Mutterkuchens setzen und mit den zum oberen Punkt reichenden Fingerspitzen zwischen Placenta und Uterus eindringen, die getrennte Partie alsdann in die Hohlhand einschlagen oder mit derselben umfassen, bis es möglich wird, mit der ganzen Hand zwischen Placenta und Gebärmutterwand einzudringen und die Lösung vollkommen zu machen.

Da, wo ein Zweifel entsteht über den Beginn des Placentarrandes, thut man besser, eine Stelle aufzusuchen, die eine dickere Beschaffenheit zeigt, einerlei, an welchem Punkte der Circumferenz diese liegt.

Auch die weiche, schwammige, flache Beschaffenheit der Placenta bewirkt bei Lösungsversuchen leicht eine partielle Trennung des Kuchens an sich. Man muss daher sehr langsam zu Werke gehen, um eine vollständige Trennung zu bewirken. Der Allgemeinzustand der Kreissenden kann während der manuellen Lösung des Kuchens in so erheblicher Weise, sei es nun in Folge der vorausgegangenen Leiden, sei es in Folge der gleichzeitigen Blutung und Erschütterung des Nervensystems, afficirt werden, dass an eine sofortige Vollendung der Operation nicht zu denken ist. Unter solchen Umständen nimmt man dann am besten soviel von der Placenta weg, wie sich mit leichter Mühe entfernen lässt und lässt den übrigen, fest adhärenten oder stark incarcerirten Theil zurück. Eine Hauptaufgabe bei der Behandlung längere Zeit retinirter Placenten und Placentarreste ist die Aufrechterhaltung des Kräftezustandes. Schwäche des ganzen Körpers, hervorgerufen durch Hämorrhagien und copiösen Lochialfluss, giebt leichte Veranlassung zur Thrombose und jauchigem Zerfall schon gebildeter Thrombosen. Die nothwendige, langdauernde, ruhige

Lage befördert ebenfalls die Bildung von Gerinnungen in den Venen, besonders in denen des Beckens und der unteren Extremitäten. Eine kräftige und dabei leicht verdauliche Kost, Beförderung des Stuhlgangs durch Rhabarber und Klystiere sind dann an ihrem Platz. Zweckmässig sind von Zeit zu Zeit einige starke Dosen Chinin. Ist Fieber vorhanden, so verdienen die Mineralsäuren, besonders bei gleichzeitigen gastrischen Symptomen, Anwendung. Bei eintretender gleichzeitiger Metritis und Peritonitis ist die gewöhnliche antiphlogistische Behandlung angezeigt. Hüten muss man sich aber vor starker Blutentziehung und dem Gebrauch des Quecksilbers. Einige Blutegel bei grosser Schmerzhaftigkeit bestimmter Stellen, lauwarme und unter Umständen kalte Fomente auf den Unterleib, Kataplasmen mit narkotischen Kräutern, erweichende Injectionen, Bestreichung des Unterleibes mit Jodtinctur sind gewöhnlich hinreichend. Ist das Fieber mässig, so reicht man bei grossen Schmerzen und Schlaflosigkeit Morphium. Septisches und pyämisches Fieber wird nach den bekannten Regeln behandelt. Besondere Berücksichtigung verdienen noch die in Folge länger dauernder Placentarretentionen leicht eintretenden Nachkrankheiten, wie chronische Uterinkatarrhe, Lageveränderungen der Gebärmutter, Senkungen, Vorfälle, Knickungen etc. Setzt man die locale Behandlung nicht zu frühe aus, gebraucht man besonders die kalten und adstringirenden Injectionen während genügend langer Zeit, so wird man nicht leicht solche Localkrankheiten auftreten sehen. Eine passende Leibbinde und, sobald es der Gesundheitszustand erlaubt, kalte Bäder, Flussbad, Seebad sind besonders zur Nachkur zu empfehlen.

Der Vollständigkeit halber will ich noch einiges über die Retention der Placenta angeben. — Unter

normalen Verhältnissen ist die Placenta in 1—1½ Stunden ausgestossen oder wenigstens liegt sie gelöst im oberen Theil der Scheide. Ist dieser Termin überschritten, so ist der Zustand ein pathologischer und wir sprechen von Placentarretention. Die Verbindung des Mutterkuchens mit der Uterinwand, welche in den früheren Schwangerschaftszeiten eine sehr innige ist, lockert sich in den späteren Monaten, in Folge eines Rückbildungsprocesses sowohl in der Verbindungsschichte der Decidua serotina, als auch in den Uterinplacentargefässen.

Die Ursache der Placentarretention liegt:

I. in einer abnormen Thätigkeitsäusserung des Uterus oder

II. in einer abnormen Beschaffenheit des Kuchens, besonders seiner Verbindung mit der Gebärmutter.

Häufig combinirt sich beides. Eine abnorme Thätigkeit des Uterus äussert sich a) in Schwäche der Uteruscontractionen, b) in Unregelmässigkeit der Uteruscontractionen.

Unregelmässige Contractionen können entweder das ganze Organ contrahiren, oder es kann sich eine Einschnürung am äusseren oder am inneren Muttermunde zeigen. Ferner kommen Stricturen des ganzen Cervix vor oder in der Höhe der Tubenmündung oder im Corpus uteri. In allen Fällen wird die eingeführte Hand die Diagnose sichern.

Eine abnorme Beschaffenheit der Placenta zeigt sich in einem excessiven Volumen oder als Placenta spuria. Andere Missbildungen sind Faserstoffablagerungen, Exsudationen des Placentarrandes, dann ungewöhnlich dünne, ausgedehnte Beschaffenheit, die den Contractionen des Uterus ebensowenig einen Angriffspunkt bietet, wie eine zu weiche Placenta. Weitere Abnormitäten zeigt die Verbindung des Mutterkuchens

mit der Uteruswand. Feste Adhärenz an der Uterinwand ist die wichtigste Ursache der Placentarretention. Eine solche findet sich naturgemäss bei Aborten und frühzeitigen Niederkünften.

Hieran schliessen sich die Fälle rechtzeitiger Geburten, in welchen die Involution des Kuchens und seiner Insertionsstelle, wie sie gewöhnlich stattfindet, sich verzögerte oder gar nicht vor sich ging. Die feste Adhärenz kann ferner begründet sein durch pathologische Processe, wie Degenerationen des Kuchens, Blutergüsse und Entzündungen im Parenchym, in der verbindenden Decidualschichte und den umgebenden Uteruspartien. Placentaradhäsion wird als solche eintreten, je weniger stürmisch, je langsamer und allmählicher die Blutergüsse sind.

Die Diagnose einer krankhaften Adhärenz bietet während der Schwangerschaft und Geburt grosse Schwierigkeiten. Sie ist immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Als Merkmal gelten längere Dauer der heftigen und schmerzhaften Wehen, grosse Empfindlichkeit des Uterus bei äusserer Betastung, leichte Blutflüsse, ferner sehr schmerzhafte Wehen, besonders Schmerzen an einer bestimmten Stelle, Wehenschwäche gegen Ende der Geburt, wie sehr schwache unwirksame Wehen, Höherstehen des Uterus, seitliche Lagerung desselben, unregelmässige, eckige, würfelige Form, heftige, sehr schmerzhafte Nachwehen etc.

Placentarretention kann die verschiedensten Folgen haben:

I. Kann der Mutterkuchen kürzere oder längere Zeit nach der Geburt des Kindes noch spontan ausgeschieden werden, sei es, dass diese Ausscheidung ohne Zersetzungs- und Fäulnissprocesse vor sich geht, sei es, dass sie sich mit Zersetzungs- und Fäulnissprocessen complicirt. Diese

Processe können ohne Fieber verlaufen oder den ausgesprochenen Symptomencomplex eines septischen Fiebers darbieten.

II. Kann bei Placentarretention der Mutterkuchen resorbirt werden oder

III. total im Uterus zurückbleiben.

Diagnose der Placentarretention. Bei Niederkünften, welche rechtzeitig oder in den letzten Schwangerschaftsmonaten erfolgen, ergiebt sich, bei Retention der ganzen Placenta, die Diagnose von selbst. Ob Placentarreste zurückgeblieben sind, ergiebt die Untersuchung der abgegangenen Fruchttheile. Am sichersten ist Touchiren mit dem Finger, sowie Auffinden kleiner Partikel derselben in dem Ausfluss. Auch das abnorme Grösserbleiben des Uterus, die mangelnde Involution der Cervix- und Vaginalportion, wehenartige Schmerzen, die in einer späteren Zeit des Wochenbettes und nach demselben eintretenden Blutungen. Die Veränderungen des Lochialflusses gehören hierher. Eine sichere Prognose bei Placentarretentionen ist mit vielen Schwierigkeiten verbunden und es ist leider nur zu oft der Fall, dass bei scheinbar leichten Erscheinungen plötzlich ein ungünstiger Ausgang erfolgt, während anscheinend sehr schwere Erkrankungen glücklich verlaufen.

Folgende Punkte scheinen bei der Prognose doch von Bedeutung zu sein:

I. Der Zeitraum, welcher seit der Geburt des Kindes verflossen ist (unmittelbar oder bald nach der Geburt ist eine Hülfeleistung, eine künstliche Entfernung des Kuchens fast immer möglich, während dies in späterer Zeit weniger in unsere Macht gegeben ist).

II. Der Zeitpunkt der Geburt. (Retention nach Abortus hat eine günstigere Prognose.)

III. Die Ursache der Retention.

IV. Die Complicationen. (Die wichtigste Complication ist die Hämorrhagie. Ganz abgesehen von der Möglichkeit eines raschen Todes durch Blutung, verschlimmert diese auch dadurch wesentlich die Prognose, dass sie einen Schwächezustand des ganzen Körpers hervorruft, wodurch die Kreissende unfähig wird, selbst geringe Krankheitseinflüsse oder gar, causa non remota, die Elimination des Kuchens oder eines Kuchenrestes, während oder nach dem Wochenbette, glücklich zu überstehen.)

V. Der Zustand des Uterus. (Krankheiten des Uterus.)

VI. Der Gesundheitszustand des ganzen Körpers.

VII. Die Art und Weise der vorher angewandten Kunsthülfe.

Um die heutigen Anschauungen über die manuelle Lösung der Placenta kurz zusammenzufassen, möchte ich Folgendes anschliessen: Die manuelle Lösung der Placenta ist, wenn dieselbe kunstgerecht, unter streng antiseptischen Cautelen ausgeführt wird, eine ungefährliche Operation, sie kann jedoch bei ungenügender Antiseptik überaus gefährlich werden. Man hält die manuelle Lösung der Nachgeburt für nöthig in Fällen von wirklicher Verwachsung der Placenta mit der Uteruswand und in den seltenen Fällen, wo vor Entfernung der Placenta der Uterus sich nicht durch Reiben zur Contraction bringen lässt, wodurch die Blutung also andauert, oder wo bei contrahirtem Uterus die Kreissende fortblutet und so in Lebensgefahr durch die Blutung geräth.

Um die Ausführung der Placentarlösung kurz zu schildern, führe ich Dührssen's Angaben an: „Steissrückenlage, Desinfection der operirenden Hand, Desinfection der äusseren Genitalien und der Scheide, Nar-

kose. Indem die linke Hand zunächst die Nabelschnur anspannt, dann den Uterus umfasst, geht die andere an der Nabelschnur entlang ins Uteruscavum. Trifft sie über dem inneren Muttermund einen losgelösten Lappen, so nimmt sie von hier die Lösung vor, indem sie mit sägeförmigen Bewegungen die feinen, zwischen Placenta und Uteruswand sich anspannenden Fäden zerreisst, wobei die Volarfläche stets der Placenta zugekehrt sein muss. So dringt die Hand allmählich bis in die Tubenecken, wo die Lösung immer am schwierigsten ist und durch Gegendruck der betreffenden Partie seitens der äusseren Hand unterstützt werden muss. Stülpen sich die Eihäute über die operirende Hand, so zerreisse man sie. Die Lösung, wie sie empfohlen ist, innerhalb der Eihäute auszuführen, ist gerade so schwierig, wie wenn man behandschuht operiren wollte. Nie ziehe man an den abgelösten Partien, sondern drücke von oben her die Placenta heraus. Hat man die obere Peripherie der Placenta völlig abgelöst, so schadet es nichts, wenn sie tiefer unten etwa noch an einer kleinen Stelle adhärent ist. Durch eine halbe Umdrehung der mit der vollen Hand von oben her gefassten Placenta schält man sie leicht völlig ab."

„Sitzt die Placenta rechts, so kann man mit der rechten Hand die Lösung hin und wieder nur so vollenden, dass man die Frau auf die rechte Seite legt. Hierbei ist aber Gefahr der Luftembolie vorhanden. Man führe daher lieber die Hand wieder heraus, desinficire die linke und gehe mit dieser ein. Liegt der gelöste Lappen höher oben, so gehe man zunächst an die Insertion der Nabelschnur und betaste von da aus den Rand der Placenta. Findet man nirgends die abgelöste Partie, so beginne man nach Zerreissung der Eihäute die Lösung vom Rande her. Fühlt man denselben nicht

deutlich, so durchbohre man an einer Stelle die Placenta bis zur Uteruswand und löse von hier aus.“

„Nach Entfernung der Placenta gehe man nochmals mit zwei Fingern ein, um sich davon zu überzeugen, ob nicht etwa Reste zurückgeblieben sind, und mache sodann eine Uterusausspülung mit 0,3 %iger Lysollösung. Manchmal ist der Cervicalkanal stricturirt und nur für 2—4 Finger durchgängig. Auch in diesen Fällen ist dem Verf. unter geeigneter Anwendung äusseren Drucks die manuelle Lösung stets gelungen.“

Bei Aufzeichnung der Fälle von manueller Placentarlösung, die ich den Berichten und Journalen der Poliklinik entnommen habe, will ich, um Wiederholungen gleichartiger Fälle, die normal und ohne Fieber im Wochenbette verliefen, zu vermeiden, nur diejenigen anführen, die einen ungünstigen Verlauf nahmen. Ich möchte noch bemerken, dass ich nur solche Fälle berücksichtigt habe, bei welchen die Geburt rechtzeitig oder in den letzten Schwangerschaftsmonaten eintrat.

I. Fall 3. Journal 131. 12. VII. 1880. Kreissende Z. 44 Jahr alt, XIpara. Schädellage. Todtfaules Kind. Credé. Placenta nicht vollständig. Starke Blutung. Nach einer Stunde manuelle Entfernung von Placentartheilen. Nachgeburt hatte intensiven Fäulnissgeruch. Ausspülungen mit Carbol. Befinden ziemlich gut, ebenso in den ersten Tagen des Wochenbettes. Am 5. Tage Fieber, Nachts Schüttelfrost, Hitze und Summen im Kopfe. Am 6. Tage 38,2°, 120 Pulse. Keine Klagen. Am 7. Tage bis 41,2° und 135 Pulse. Dyspnoe und Kopfschmerz. Nachts Exitus. Bei der Section fand man Oedem der Genitalien, im Uterus eine grosse Vene mit stinkend jauchigem Inhalt. Alle Erscheinungen liessen die Diagnose auf Pyämie stellen.

II. Fall 22. Journal 454. 9. XI. 1882. Kreissende H. 34 Jahr alt, Ipara. Schädellage. Todtfaules Kind. Credé. Nachgeburt nicht vollständig, schien im Begriff zu zerfallen. Manuelle Entfernung von Theilen der Nachgeburt. Bald starkes Fieber, Hitze und Durst. Am nächsten Tage Temperatur 40°, 120 Pulse. Starb an Diphtherie des Uterus.

III. Fall 23. Journal 463. 12. XI. 1882. Kreissende H. 38 Jahr alt, VIIpara. Spontane Geburt. Credé erfolglos — auch in der Narkose. Blutung. Manuelle Entfernung der Nachgeburt. Ergotin- und Aetherinjectionen. Gute Contraction des Uterus nach 2 Stunden. Wöchnerin hatte längere Zeit Fieber. Geheilt entlassen.

IV. Fall 25. Journal 493. 24. XI. 1882. Kreissende R. 17 J. alt, Ipara. Spontane Geb. Credé in Narkose erfolglos. Starke Blutung. Man. Entf. der Placenta. Ausspülung mit 40° heissem Wasser Am 3. Tage Abends Temp. 40,5°. Täglich zweimal Scheidenausspülungen, Am 4. Tage Temp. wieder normal. Fernerhin normales Wochenbett.

V. Fall 29. Journal 63. 30. IV. 1883. Kreissende B. 33 J. alt, VIIIpara. Schädellage. Starke Blutung in der Nachgeburtsperiode. Ohnmachten. Credé etc. erfolglos. 3 Stunden nach der Geburt man. Lösung der Placenta. Zwei Tage 38,2°. Wochenbett fernerhin normal.

VI. Fall 48. Journal 313. 21. VIII. 1884. Kreissende F. VIpara. Querlage. Starke Blutung post partum. Manuelle Lösung der Pl. Heisswasserausspül. (40°). Ergotin. Anämie. Analeptica. Dammriss. Puls kaum zu fühlen. Cyanose. Anämische Zuckungen. Dyspnoe. Aether. Exitus $1^1/_2$ Stunden nach der Geburt.

VII. Fall 57. Journal 742. 27. I. 1885. Kreissende H. 26 J. alt, VIIIpara, Schädellage. Nachblutung. Credé etc. erfolglos. Man. Entf. der Pl. durch den

Practicanten. Secale. Ausspülung. Temp. nach der Entbindung 38,3°, Puls 92. Am 3. Tage 37,6°, Puls 80. Wochenbett war fernerhin normal.

VIII. Fall 59. Journal 762. 3. II. 1885. Kreissende H. 26 J. alt, II para. Spontane Geburt. Retention der Pl. Blutung. Pulslos. Man. Lös. der Pl. Autotransfusion, Aether etc. Nach 2 Stunden, kurz vor dem Exitus, Erbrechen.

IX. Fall 60. Journal 854. 22. III. 1885. Kreissende V. 39 J. alt, XVII para. Spontane Geburt. Blutung post partum. Credé etc. erfolglos. Man. Entf. der Pl. Aether. Endometritis puerperalis. Genesen.

X. Fall 63. Journal 2. 3. IV. 1885. Kreissende H. 25 J. alt, I para. Retention der Pl. Blutung. Manuelle Lös. Heisse Carbolwasserirrigation. Blutung steht. Am 2. Tage 39,0°. Uebelriechender Ausfluss. Ausspülung. Uterus gross und empfindlich. Am 3. Tage 40,2°. Am 7. Tage nach der Charité gebracht, wo Exitus erfolgte.

XI. Fall 65. Journal 15. 8. IV. 1885. Kreissende W. Multipara. Ret. der Pl. Credé gelingt auch in der Narkose nicht. Nach mehreren Stunden man. Entf. der Pl. Wöchnerin starb an Pneumonie.

XII. Fall 66. Journal 32. 12. IV. 1885. Kreissende R. IX para. Schädellage. Ret. der Pl. Atonia uteri. Man. Lös. der Nachgeburt. Blutung stand nicht trotz aller Mittel; Uterustamponade erfolglos. Exitus $2^1/_2$ Stunden nach Lösung der Pl.

XIII. Fall 67. Journal 50. 18. IV. 1885. Kreissende M. VIII para. Perforation des todten stinkenden Kindes. Manuelle Lös. der Pl. Der Leib war gleich sehr empfindlich. Eisblase. Erbrechen. Eis innerlich. Am 3. Tage übelriechender Ausfluss. Ut.-Ausspülung und Fieber. Nach der Charité gebracht, starb sie an Peritonitis.

XIV. Fall 72. Journal 345. 6. VIII. 1885. Kreissende K. Plattes, allgemein verengtes Becken. Wendung und Extraction. Atonia uteri. Nach 4 St. man. Lös. der Pl. Tod der Mutter an Nachblutung.

XV. Fall 78. Journal 35. 18.IV.1886. Kreissende B. 32 J. alt, VIIIpara. Querlage. Wendung. Todtes Kind. Blutung. Placenta praevia totalis. Practicant entfernte Pl. manuell. Fieber im Wochenbett. Genesen.

XVI. Fall 79. Journal 242. 26. VII. 1886. Kreissende B. 36 J. alt, Vpara. Schädellage. Ret. der Placenta. Starke Blutung. Narkose. Man. Entf. der Pl. Während der Narkose trat der Exitus ein.

XVII. Fall 83. Journal 392. 18. VIII. 1886. Kreissende S. 38 J. alt, IIIpara. Schädellage. Ret. d. Pl. Starke Blutung und hochgradige Anämie. Uterus-Injection. Die Hebeamme versuchte die man. Lös. vergeblich. Der Practicant enfernte die Pl. manuell. Blutung stand. Temp. Abends 39,2°, am nächsten Morgen 38,9°. Uterus-Ausspülung mit Carbol. Abends starb die Wöchnerin — möglicherweise an Sepsis.

XVIII. Fall 85. Journal 533. 2. XII. 1886. Kreissende H. 40 J. alt, IIpara. Allgemein verengtes Becken. Schädellage. Zange. Sehr starke Blutung. Uterus sehr dünnwandig und schlaff. Manuelle Lös. der Pl. Blutung blieb unstillbar trotz aller Mittel. Exitus.

XIX. Fall 95. Journal 76. 23. IV. 1887. Kreissende B. XIVpara. Spontane Geburt. Starke Blutung post partum. In der Narkose manuelle Lös. der Pl. Am 2. Tage Temp. 38,5°, Puls 120. Am 3. Tage 37,4°, Puls 92. Wochenbett fernerhin normal.

XX. Fall 91. Journal 2. 2. IV. 1887. Kreissende B. 32 J. alt, Multipara. Schädellage. Wendung und Extraction. Credé etc. erfolglos. Man. Lös. d. Pl. Atonie. Pneumonie. Geheilt.

XXI. Fall 93. Journal 14. 6. IV. 1887. Kreissende N. 37 J. alt, Vpara. Zwillinge. Eine Placenta kam spontan kurz nach Geburt des 2. Kindes. Die 2. Pl. löste sich nicht. Gefährliche Blutung. Man. Lös. Vorher Aetherinject., da Collaps eintrat. Ergotin. Trotz Transfusion blieb Puls verschwindend klein. Blutung sistirte nach Lös. d. Pl. Dyspnoe. Puls 120—130, kaum fühlbar. Mehrere Stunden später, bei einer Ausspülung, trat Collaps ein. Aether, Rectal — Eingiessungen etc. ohne Erfolg. Starb während der Injection von Kochsalzlösung.

XXII. Fall 97. Journal 165. 29. V. 1887. Kreissende S. IIpara. Spontane Geburt. Starke Blutung. Narkose und man. Lös. der Pl. Heisse Ausspülungen mit 5% Carbol. Am 2. Tage Temp. 37,5°, Puls 100. Am 3. T. 38,2°, Puls 98. Am 4. T. 38,8° und 106 Pulse. Am 5. T. 38,2°, Puls 95. Fieber dauerte 8 Tage. Genesen.

XXIII. Fall 100. Journal 258. 30. VI. 1887. Kreissende L. 35 J. alt, Ipara. Schädellage. Perforation und Extraction. Starke Blutung. Man. Entf. der Pl. 3—4 Stunden nach der Geburt. Am 3. Tage Temp. 41°. Starb am 4. Tage. Uteruseinrisse.

XXIV. Fall 104. Journal 415. 29. VIII. 1887. Kreissende B. 24 J. alt, Ipara. Schädellage. Blutung post p. Theile der Placenta wurden manuell entfernt. Uterus-Ausspülung mit 1 : 2500 Sublimat. Secale Abendtemp. 38,9°, Puls 92. Am 2. Tage 37,2°, Puls 80. Wochenbett fernerhin normal.

XXV. Fall 113. Journal 779. 1. I. 1888. Kreissende P. 41 J. alt, XIVpara. Spontane Geburt. Atonia uteri. Starke Blutung. Uebelkeit, Ohnmacht, kaum fühlbarer Puls. Extremitäten kalt. Cyanose. Man. Lös. der Pl. Blutung stand. Excitantien. Uterustamponade,

um Nachblutung vorzubeugen. Autotransfusion. Am 6. Tage Temp. 38,4°, Puls 130. Fernerhin fieberlos.

XXVI. Fall 118. Journal 839. 22. I. 1888. Kreissende A. 38 J. alt, Multipara. Rachitisch plattes Becken. Wendungsversuch. Perforation. Atonie. Man. Lös. der Pl. Uterus-Tamponade. Am 3. Tage Temp. 38,2°, Puls 98. Parametritis. Genesen.

XXVII. Fall 127. Journal 124. 16. V. 1888. Kreissende B. 38 J. alt, XIIIpara. Spontane Geb. Starke andauernde Blutung. Man. Lös. der Pl. von Seiten des Practicanten. Starke Anämie. Gute Contraction. Am 3. Tage Fieber und übelriechender Ausfluss. Ueberführung nach der Charité. Genesen.

XXVIII. Fall 129. Journal 213. 20. VI. 1888. Kreissende v. S. Multipara. Spontane Geburt. Gefährliche Blutung. Man. Entf. der Pl. Gute Contraction. Aether. Secale. Anfang des Wochenbettes fieberfrei, später Pneumonie. Genesen.

XXIX. Fall 132. Journal 484. 1. X. 1888. Kreissende R. IXpara. Spontane Geb. Starke Blutung. Pulslos. Man. Lös. der Pl. Gute Contraction. Erysipelas faciei. Genesen.

XXX. Fall 133. Journal 502. 8. X. 1888. Kreissende P. 22 J. alt, IIpara. Spont. Geb. Ret. der Pl. Blutung. Man. Lös. der Pl., wobei ein Scheidendammriss entstand. Gute Contraction. Mehrere Tage hohes Fieber. Genesen.

XXXI. Fall 157. Journal 400. 29. X. 1889. Kreissende S. 38 J. alt, Xpara, Zwillinge. Pl. praev. lat. Wend. und Extr. des 2. Kindes. Andauernde Blut. Man. Lös. d. Pl. Bis auf geringes Fieber Wochenbett normal.

Die Häufigkeit der Operation bei Erst- und Mehrgebärenden verhält sich wie 1 : 55. Die Operation wurde von den 158 Fällen bei 110 gemacht, bei denen die Geburt ohne Kunsthülfe verlief, bei 10 wurde die Zange angelegt, bei 38 wurde Wendung, Extraction oder Perforation vorgenommen. 12 Fälle waren Zwillingsgeburten, 1 mal wurden Drillinge geboren. In 146 Fällen wurde wegen des starken Blutverlustes operirt, 3 mal wegen Fiebers oder Zersetzen des Uterusinhaltes, 2 mal wurde von dem Practicanten ohne jede Indication operirt. 128 der Fälle heilten normal, 22 fieberten im Wochenbett, hiervon starben 6. Im Ganzen starben 14 Wöchnerinnen, eine davon an Pneumonie, eine in der Narkose, 6 bald nach oder während der Operation in Folge des Blutverlustes, bei diesen wäre der Tod auch ohne die Operation eingetreten. Von den Fällen, die letal endeten, bleiben nur noch 6, bei denen Fieber eintrat, wo also der Tod event. als eine Folge der Operation angesehen werden könnte. In 3 Fällen war der Uterusinhalt schon vor der Operation in Zersetzung begriffen. Bei einem Falle wurde das Kind perforirt und extrahirt, hierbei fanden sich Uteruseinrisse. Diese 4 Fälle könnten auch vor der Lösung der Placenta inficirt worden sein. Also bleiben nur noch 2 Fälle, bei denen man sagen muss, dass der Tod die directe Folge der manuellen Lösung der Placenta war. In einem dieser Fälle war von der Hebamme und dem Practicanten operirt worden.

Die mangelhafte Pflege in der Poliklinik, die oft sehr spät kommende Hülfe des Arztes, zu einer Zeit, wo die Kräfte der Kreissenden sinken und eine Infection hierdurch geeigneteren Boden findet, die mehr oder weniger gefährlichen Hülfeleistungen — Zange, Wendung etc. —, die so oft der Operation vorangehen, verschlechtern die Prognose nach manueller Lösung der Placenta bei

den poliklinischen Geburten so sehr, dass nur selten so günstige Erfolge zu erzielen sind als in der Klinik oder Privatpraxis.

An der Hand dieser Fälle, glaube ich, ist deutlich zu ersehen, dass die Gefahr der Einführung der Hand in den puerperalen Uterus und die manuelle Lösung der Placenta unter streng antiseptischen Cautelen eine minimale ist. Die Gefahr für die Puerpera, falls die retinirte Placenta nicht manuell gelöst, sondern im Uterus gelassen wird, ist gewiss viel grösser und würde, wenn eine derartige Statistik sich fände, jedenfalls eine viel grössere Mortalitätsziffer zeigen als nach der manuellen Lösung, so dass man, obwohl die Operation als eine sehr eingreifende betrachtet werden muss, mit Recht stets zur manuellen Lösung der retinirten Placenta, natürlich unter peinlichster Antisepsis, greifen soll, wo die angegebenen Indicationen vorhanden sind.

Zum Schlusse meiner Arbeit erlaube ich mir, dem Assistenzarzt Herrn Dr. Schäfer meinen gehorsamsten Dank für gütige Durchsicht auszusprechen.

Thesen.

I.

Die Verordnung von indifferenten Substanzen ist für den Arzt oft unentbehrlich.

II.

Die Ausübung des ärztlichen Berufes seitens des weiblichen Geschlechtes sollte nicht beanstandet werden.

III.

Die Kenntniss der Neurosen, insbesondere der Hysterie, ist für die diagnostische Beurtheilung der allerverschiedensten Krankheiten von Wichtigkeit.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Alexander A. Cirkler, evangelischer Confession, Sohn des Rentiers H. Cirkler, wurde am 1. Januar 1865 zu St. Paul, Minnesota, Vereinigte Staaten von Nord-Amerika geboren. Er wurde im Frühjahr 1871 in die Gemeindeschule zu Minneapolis, Minnesota, aufgenommen und im Jahre 1879 absolvirte er dieselbe und trat gleich in die „Central High School of Minneapolis“ ein, um im Jahre 1883 seine wissenschaftliche Vorbildung zu vollenden. Hierauf begab er sich in die Apotheke seines Bruders, wo er 2 Jahre thätig war.

Um sich dem Studium der Medicin zu widmen, reiste er nach Deutschland und studirte 2 Semester in Freiburg in Baden, darauf 2 Semester in Heidelberg, dann 2 Semester in München und danach 4 Semester in Berlin. Am 19. Februar 1890 bestand er das „Tentamen medicum“ und am 27. Februar 1890 das Doctorexamen — „Examen rigorosum“.

Verfasser hatte den grossen Vorzug, längere Zeit hindurch bei Herrn Geheimrath von Bergmann und bei Herrn Geheimrath Gerhardt Coassistent zu sein, auch war er lange Zeit an der geburtshülflichen Poliklinik des Herrn Geheimrath Gusserow thätig.

Durch besondere Erlaubniss Sr. Excellenz des Herrn Reichskanzlers, Grafen von Caprivi, absolvirte er das medicinische Staatsexamen hierselbst.

Im Verlaufe seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Privatdocenten:

In Freiburg: Baumann, Hildebrand, Korschelt, v. Kries, Strasser, Warburg, Weismann.

In Heidelberg: Bernthsen, Bunsen, Bütschli, Gegenbauer, Kühne, Ruge.

In München: Angerer, Bauer, Bollinger, Messerer, v. Nussbaum, Posselt, Stintzing, Tappeiner, Winckel, v. Ziemssen.

In Berlin: v. Bardeleben, v. Bergmann, Gerhardt, Gusserow, Henoch, Hirsch, Horstmann, Jolly, R. Koch, Krause, L. Lewin, Leyden, Liebreich, Litten, Mendel, v. Noorden, Olshausen, Schweigger, Senator, Siemerling, R. Virchow, Westphal, Winter, J. Wolff.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.